

**CANDIDATURA PARA ASISTIR
A LA ACADEMIA INTERNACIONAL PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY
(ILEA)**

INSTRUCCIONES: Esta candidatura debe ser firmada por el funcionario ejecutivo de la organización. La candidatura debe estar acompañada por una solicitud de admisión debidamente llenada, en la que se proporcionen los antecedentes personales y oficiales del funcionario cuya candidatura se esté presentando.

Al: Director

Por medio de la presente, someto a consideración como candidato al representante de esta institución del orden público indicado a continuación para que asista como cursante al programa de internado completo de seis semanas de la ILEA.

Candidato

Apellidos	Nombre
Cargo/rango	Institución del orden público

Comprendo que el propósito fundamental del programa de la ILEA consiste en capacitar y formar a funcionarios del orden público sobresalientes en la forma democrática de cumplir las funciones policiales. Más aún, el funcionario cuya candidatura se somete a consideración ha asistido a la ILEA y está calificado para cumplir con ese propósito a su regreso a su organización después de la graduación. A mi entender, el candidato cumple con los siguientes requerimientos mínimos específicos:

1. Es un funcionario regular en el campo gerencial y de investigación, a tiempo completo, de nivel medio o superior, de una institución del orden público legalmente constituida, y que cuenta como mínimo con tres años de experiencia continua y sustancial en ese campo.
2. Tiene por lo menos 25 años de edad.
3. Está en buenas condiciones físicas.
4. Tiene excelente reputación moral.
5. Tiene educación secundaria (mínimo 12 años) o un certificado de equivalencia de educación secundaria.
6. Se compromete a permanecer en el campo de las fuerzas del orden público por un mínimo de tres años después de su graduación de la ILEA.

Como funcionario que somete la candidatura, entiendo que esa Academia es un programa de desarrollo personal y profesional que se realiza para gerentes policiales de nivel medio. Por ende, adjuntaré un organigrama de mi organización, destacando en el mismo el cargo actual del funcionario cuya candidatura se propone. Además:

1. Acepto que, una vez egresado de la Academia, el cargo del funcionario presentado como candidato no se verá afectado adversamente dentro de la organización por su asistencia al curso y que al regreso se le asignará a un cargo de responsabilidades comparables.
2. Acepto que el funcionario presentado como candidato no será llamado para comparecer ante un tribunal, para operaciones tácticas ni ninguna otra actividad de esa índole mientras esté asistiendo al curso en la Academia. Sólo se le pedirá que regrese en caso de emergencias extremas.

Cuando haya una vacante en una sesión para la cual se pueda considerar la solicitud del funcionario en cuestión, autorizo a los EE.UU. a hacer las averiguaciones pertinentes al candidato para confirmar su idoneidad como tal. Para ayudar en ese sentido, se adjunta una solicitud que ha sido llenada por el candidato. El candidato me ha asegurado que permanecerá en el campo de las fuerzas del orden público por un período mínimo de tres (3) años después de la graduación de la ILEA.

Certifico que he revisado la solicitud adjunta y que la misma contiene información que, por lo que me consta, es precisa y correcta.

(LA CANDIDATURA TIENE QUE SER PRESENTADA POR EL JEFE ACTUAL DE LA INSTITUCIÓN.)

Firma del funcionario de candidaturas

Nombre y cargo (impreso o en letra de molde)

Institución del orden público

Fecha

Ciudad

Estado

Código postal

(Remita esta solicitud de candidatura debidamente llenada y la solicitud también debidamente llenada del candidato a la Embajada de los EE.UU. de su zona y/o país. La embajada podrá responder a las preguntas que pueda tener sobre el programa de la ILEA.)

**SOLICITUD DE ADMISIÓN A LA
ACADEMIA INTERNACIONAL PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY
(ILEA)**

La información pertinente a esta solicitud es proporcionada por usted en forma voluntaria. El propósito de solicitar esta información consiste en determinar su elegibilidad para inscribirse en la ILEA, un programa de internado completo de seis semanas. Debe saber que el hacer, intencionalmente y con conocimiento, declaraciones falsas, o el esconder un hecho material, en esta solicitud puede ser causa para que se le rechace como candidato a cursante en la ILEA.

ADJUNTE UNA FOTOGRAFÍA EN LA PÁGINA B-9.

Aviso: si el espacio proporcionado es insuficiente para dar respuestas completas, o si desea proporcionar información adicional, anexe páginas adicionales a la presente solicitud y numere en ellas sus respuestas para que se correspondan con las preguntas.

Fecha

Nombre de la institución del orden público de la que es empleado actualmente el candidato

Ciudad

País

I. Datos personales

1. Nombre completo:

Apellidos

Nombre

- a. Enumere todos los otros nombres que haya usado. Si usted usó alguna vez otro apellido que no sea el suyo, ¿durante qué período y bajo cuáles circunstancias usó esos otros nombres/apellidos?

b. ¿Se cambió usted el nombre legalmente en alguna ocasión?: Sí No

Si la respuesta es afirmativa, proporcione la siguiente información:

Fecha	Lugar	Tribunal
-------	-------	----------

2. Nombre como aparece en el pasaporte: _____

3. Número del pasaporte: _____

4. Ciudadanía actual: _____

5. Dirección y teléfono del domicilio:

País: _____ Código postal: _____

Ciudad/otro asentamiento: _____

Calle: _____

Casa #: _____ Apartamento #: _____

Teléfono (con código de zona) _____

Domicilio

Oficina

Facsímil (con código): _____

6. Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____
Día/mes/año Ciudad/País

7. Edad: _____

8. Estatura: _____ Peso: _____

9. Talla (haga un círculo alrededor de la correcta):

Camisa: (Pequeña) (Mediana) (Grande) (Extragrande)

Pantalones: Cintura: _____ Largo: _____

10. Género (haga un círculo alrededor de la respuesta correcta): Masculino Femenino

11. Estado civil (haga un círculo alrededor de la respuesta correcta): Soltero Casado

12. Habilidades especiales:

II. Condición física

1. ¿Está usted en capacidad de realizar una actividad física moderada y sostenida?
_____Sí _____No (Si la respuesta es negativa, anexe una explicación.)
2. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave o ha sido sometido a cirugía durante los últimos tres años?
_____Sí _____No (Si la respuesta es positiva, anexe una explicación.)

¿Ha sido usted hospitalizado? _____Sí _____No

Fechas	Hospital	Lugar
--------	----------	-------

3. ¿Tiene usted alguna restricción/consideración dietética? De ser así, por favor proporcione una explicación.

4. Nombre, dirección y teléfono del médico actual de la familia:

III. Educación

1. Nombres y ubicación de las escuelas _____
_____ Fechas de asistencia _____
_____ Diploma o título recibido _____

- a. Escuela secundaria donde se graduó:

- b. Universidades:

IV. Empleos

1. Número de años de experiencia en el mantenimiento del orden público, a nivel civil o militar, indicando los rangos o cargos en orden cronológico.

<u>Institución del orden público</u>	<u>Cargo o rango</u>	<u>Fechas</u>	
		<u>Desde</u>	<u>Hasta</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

2. ¿Ha sido usted despedido por un patrono o se le ha solicitado que renuncie al cargo?

_____ Sí _____ No

Si la respuesta es afirmativa, por favor proporcione la siguiente información:

_____	_____
Nombre del patrono	Fecha

Razón:

V. Habilidades lingüísticas

1. Conocimiento del inglés (haga un círculo alrededor de la respuesta apropiada):

HABLADO	Excelente	Bueno	Poco	Ninguno
LEÍDO	Excelente	Bueno	Poco	Ninguno
ESCRITO	Excelente	Bueno	Poco	Ninguno

¿Está usted dispuesto a ayudar a los compañeros de curso a aprender el inglés? Sí____ No____

VI. Direcciones anteriores

1. Haga una lista cronológica de todas las direcciones en las que ha vivido durante los últimos 5 años (incluida la dirección física del domicilio, ciudad, estado y fechas de residencia en cada dirección):

Dirección	Ciudad	Estado	Fechas

VII. Antecedentes judiciales

1. ¿Ha sido usted arrestado o se le han formulado cargos por cualquier violación de la ley (aparte de las leyes de tránsito que hayan resultado en multas de \$30.00 o menos) durante los últimos cinco años?

<u>Fecha</u>	<u>Lugar</u>	<u>Cargo</u>	<u>Disposición</u>	<u>Detalles</u>

2. ¿Ha sido usted sancionado alguna vez por su departamento, oficial o extraoficialmente, por cualquier acto que le impediría asistir a la ILEA? _____ Sí _____ No

a. Sin limitarse necesariamente a los mismos, dichos actos incluirían los siguientes:

- (1) Violaciones de los derechos humanos.
- (2) Violación de las leyes o estatutos penales.

b. Cualquier otra conducta que ponga en tela de juicio su honestidad, integridad o moralidad.

Detalles (proporcione una explicación):

VIII. Referencias o conocidos a nivel social

1. Si lo desea puede enumerar a tres personas que sean adultos responsables, con buena reputación en sus respectivas comunidades y que lo hayan conocido bien a usted durante los últimos cinco años.

a. Nombre completo _____ Dirección _____
Domicilio: _____

Años que lo conoce Ocupación Trabajo: _____

b. Nombre completo _____ Dirección _____
Domicilio: _____

Años que lo conoce Ocupación Trabajo: _____

c. Nombre completo _____ Dirección _____
Domicilio: _____

Años que lo conoce Ocupación Trabajo: _____

IX. Servicio militar

(Enumere todo su historial de servicio militar.)

<u>Servicio</u>	<u>Número de servicio</u>	<u>Fecha y lugar de reclutamiento</u>	<u>Fecha, tipo y lugar de la baja</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Si no fue dado de baja en forma honorable, explique los detalles:

X. Datos varios

1. Enumere los clubes/agrupaciones de servicio civil a los que pertenezca en su país (por ejemplo, Rotarios, Club de Leones, etc.):

2. Informe si mientras esté asistiendo al curso en la ILEA se le continúa pagando su sueldo, si su departamento (o cualquier persona, grupo u organización) está cubriendo algunos de sus gastos incidentales, o si usted está pagando sus propios gastos y transporte. Le rogamos proporcionar los detalles pertinentes. Es posible que los EE.UU. le asignen una suma para cubrir sus gastos de viaje y de subsistencia.

3. De ser aceptado, ¿está dispuesto a cumplir por voluntad propia con los reglamentos de su departamento y de la ILEA? _____Sí _____No
4. ¿Acepta usted permanecer en el mantenimiento del orden público por un mínimo de 3 años después de graduarse de la ILEA? _____Sí _____No
5. ¿Cómo evaluaría usted sus habilidades en el uso de una computadora personal?
Excelentes _____ Buenas _____ Regulares _____ Nulas _____

¿Estaría usted dispuesto a ayudar a sus compañeros cursantes en el uso de una computadora?
Sí ____ No ____

XI. Consentimiento para la difusión de la información

1. Queda usted advertido que si, durante la investigación de sus antecedentes para determinar su elegibilidad para la admisión en la ILEA, surgiera cualquier información que indicara que no es elegible, la razón del rechazo podría ser proporcionada al jefe de su institución o al representante pertinente de dicho funcionario.
2. Después de la graduación en la ILEA, es posible que se le solicite información sobre sus actividades en el campo del mantenimiento del orden público. Dicha información será difundida a sus asociados a través del “Boletín de la ILEA” y del “Directorio de Egresados de la ILEA”. Esa información deberá ser proporcionada voluntariamente por usted y sólo se utilizará para los fines antes indicados.
3. Al firmar este documento, usted está dando su consentimiento para la difusión de esa información.

El suscrito certifica que las respuestas anteriores son ciertas y correctas.

Firma del solicitante

Fecha

Para todos los solicitantes:

Anexe una fotografía de frente, sin montaje, de un tamaño máximo de 6,5 x 7 centímetros.

Al dorso de la fotografía escriba con claridad y en letra de molde, su nombre y la fecha en que fue tomada. La fotografía no debe haber sido tomada más de 3 meses antes de la fecha de la presente solicitud.

Si no se anexa una fotografía es posible que no se procese su solicitud.

**INSTRUCCIÓN COMPLEMENTARIA PARA INFORMAR Y ORIENTAR AL MÉDICO
EXAMINADOR PARA LLENAR EL FORMULARIO SF 88,
“INFORME DEL EXAMEN MÉDICO”**

Nombre de la persona examinada: (Favor imprimirlo o escribirlo en letra de molde.)

Apellidos

Nombre

PARA TODOS LOS FUNCIONARIOS SOMETIDOS AL EXAMEN MÉDICO:

Es necesario que, en la medida de lo posible, se proporcione toda la información solicitada en el Formulario Estándar 88 (dos páginas) adjunto para todos los solicitantes.

El candidato tiene que estar en buenas condiciones físicas, certificado para esfuerzos físicos moderados y para la capacitación en el mantenimiento de buenas condiciones físicas. La certificación debe hacerla un médico, basándose en el resultado del examen físico, que haya sido elegido y pagado por el candidato.

El examen físico no puede tener más de un año y tiene que incluir un examen serológico como parte de los análisis de sangre. Las pruebas deseables incluyen: prueba serológica para la sífilis, VDRL, VIH y Despistaje para Estupefacientes NIDA-5. También se debe hacer una Prueba de Mantoux y se debe verificar que el toxoide para el tétano y la difteria (un refuerzo administrado en los últimos siete años) no se haya vencido. De no ser posible verificar que el toxoide antitetánico esté todavía vigente, sugerimos que se administre un nuevo refuerzo. Es necesario hacer un electrocardiograma, cuyos resultados tienen que estar dentro de los límites aceptables.

El peso corporal del candidato tiene que estar dentro de los límites deseables para su estatura y constitución. Favor referirse al cuadro adjunto.

El médico examinador tiene que responder a lo siguiente:

El solicitante está _____ no está _____ calificado desde el punto de vista médico para esfuerzos físicos normales.

MEDICAL RECORD	REPORT OF MEDICAL EXAMINATION	DATE OF EXAM
-----------------------	--------------------------------------	--------------

1. LAST NAME - FIRST NAME - MIDDLE NAME		2. IDENTIFICATION NUMBER		3. GRADE AND COMPONENT OR POSITION	
4. HOME ADDRESS (Number, street or RFD, city or town, state and ZIP Code)			5. EMERGENCY CONTACT (Name and address of contact)		
6. DATE OF BIRTH	7. AGE	8. SEX <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE		9. RELATIONSHIP OF CONTACT	
10. PLACE OF BIRTH		11. RACE <input type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> BLACK <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN/ ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> HISPANIC WHITE <input type="checkbox"/> HISPANIC BLACK <input type="checkbox"/> ASIAN/PACIFIC ISLANDER			
12a. AGENCY		12b. ORGANIZATION UNIT		13. TOTAL YEARS GOVERNMENT SERVICE a. MILITARY b. CIVILIAN	
14. NAME OF EXAMINING FACILITY OR EXAMINER, AND ADDRESS			15. RATING OR SPECIALTY OF EXAMINER		
			16. PURPOSE OF EXAMINATION		

17. CLINICAL EVALUATION

NOR-MAL	(Check each item in appropriate column, enter "NE" if not evaluated.)	ABNOR-MAL	NOR-MAL	(Check each item in appropriate column, enter "NE" if not evaluated.)	ABNOR-MAL
	A. HEAD, FACE, NECK AND SCALP			O. PROSTATE (Over 40 or clinically indicated)	
	B. EARS - GENERAL (INTERNAL CANALS) <i>(Auditory acuity under items 39 and 40)</i>			P. TESTICULAR	
	C. DRUMS (Perforation)			Q. ANUS AND RECTUM (Hemorrhoids, Fistulae) (Hemocult Results)	
	D. NOSE			R. ENDOCRINE SYSTEM	
	E. SINUSES			S. G-U SYSTEM	
	F. MOUTH AND THROAT			T. UPPER EXTREMITIES (Strength, range of motion)	
	G. EYES - GENERAL (Visual acuity and refraction under items 28, 29, and 35)			U. FEET	
	H. OPHTHALMOSCOPIC			V. LOWER EXTREMITIES (Except feet) (Strength, range of motion)	
	I. PUPILS (Equality and reaction)			W. SPINE, OTHER MUSCULOSKELETAL	
	J. OCULAR MOTILITY (Associated parallel movements nystagmus)			X. IDENTIFYING BODY MARKS, SCARS, TATTOOS	
	K. LUNGS AND CHEST			Y. SKIN, LYMPHATICS	
	L. HEART (Thrust, size, rhythm, sounds)			Z. NEUROLOGIC (Equilibrium tests under item 41)	
	M. VASCULAR SYSTEM (Varicosities, etc.)			AA. PSYCHIATRIC (Specify any personality deviation)	
	N. ABDOMEN AND VISCERA (Include hernia)			BB. BREASTS	
				CC. PELVIC (Females only)	

NOTES: (Describe every abnormality in detail. Enter pertinent item number before each comment. Continue in item 42 and use additional sheets if necessary.)

<p>18. DENTAL (Place appropriate symbols, shown in examples, above or below number of upper and lower teeth.)</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"> <table style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">/</td><td style="text-align: center;">X</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1 2 3</td><td style="text-align: center;">1 2 3</td><td style="text-align: center;">1 2 3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">32 31 30</td><td style="text-align: center;">32 31 30</td><td style="text-align: center;">32 31 30</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">/</td><td style="text-align: center;">X</td></tr> </table> </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Restorable Teeth</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Non- restorable Teeth</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Missing Teeth</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Replaced by Dentures</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Fixed Partial Dentures</td> </tr> </table> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">R</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td><td style="text-align: center;">11</td><td style="text-align: center;">12</td><td style="text-align: center;">13</td><td style="text-align: center;">14</td><td style="text-align: center;">15</td><td style="text-align: center;">16</td><td style="text-align: center;">L</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td><td style="text-align: center;">32</td><td style="text-align: center;">31</td><td style="text-align: center;">30</td><td style="text-align: center;">29</td><td style="text-align: center;">28</td><td style="text-align: center;">27</td><td style="text-align: center;">26</td><td style="text-align: center;">25</td><td style="text-align: center;">24</td><td style="text-align: center;">23</td><td style="text-align: center;">22</td><td style="text-align: center;">21</td><td style="text-align: center;">20</td><td style="text-align: center;">19</td><td style="text-align: center;">18</td><td style="text-align: center;">17</td><td style="text-align: center;">E</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">F</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">H</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">T</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">T</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	<table style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">/</td><td style="text-align: center;">X</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1 2 3</td><td style="text-align: center;">1 2 3</td><td style="text-align: center;">1 2 3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">32 31 30</td><td style="text-align: center;">32 31 30</td><td style="text-align: center;">32 31 30</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">/</td><td style="text-align: center;">X</td></tr> </table>	0	/	X	1 2 3	1 2 3	1 2 3	32 31 30	32 31 30	32 31 30	0	/	X	Restorable Teeth	Non- restorable Teeth	Missing Teeth	Replaced by Dentures	Fixed Partial Dentures	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	L	I	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	E	G																	F	H																	T	T																		<p>REMARKS AND ADDITIONAL DENTAL DEFECTS AND DISEASES</p>
<table style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">/</td><td style="text-align: center;">X</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1 2 3</td><td style="text-align: center;">1 2 3</td><td style="text-align: center;">1 2 3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">32 31 30</td><td style="text-align: center;">32 31 30</td><td style="text-align: center;">32 31 30</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">/</td><td style="text-align: center;">X</td></tr> </table>	0	/	X	1 2 3	1 2 3	1 2 3	32 31 30	32 31 30	32 31 30	0	/	X	Restorable Teeth	Non- restorable Teeth	Missing Teeth	Replaced by Dentures	Fixed Partial Dentures																																																																																												
0	/	X																																																																																																											
1 2 3	1 2 3	1 2 3																																																																																																											
32 31 30	32 31 30	32 31 30																																																																																																											
0	/	X																																																																																																											
R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	L																																																																																												
I	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	E																																																																																												
G																	F																																																																																												
H																	T																																																																																												
T																																																																																																													

19. TEST RESULTS (Copies of results are preferred as attachments)

A. URINALYSIS: (1) SPECIFIC GRAVITY		B. CHEST X-RAY OR PPD (Place, date, film number and result)			
(2) URINE ALBUMIN		(4) MICROSCOPIC			
(3) URINE SUGAR					
C. SYPHILIS SEROLOGY (Specify test used and results)		D. EKG	E. BLOOD TYPE AND RH FACTOR	F. OTHER TESTS	

NAME	IDENTIFICATION NUMBER	NO. OF SHEETS ATTACHED
------	-----------------------	------------------------

MEASUREMENTS AND OTHER FINDINGS

20. HEIGHT	21. WEIGHT	22. COLOR HAIR	23. COLOR EYES	24. BUILD <input type="checkbox"/> SLENDER <input type="checkbox"/> MEDIUM <input type="checkbox"/> HEAVY <input type="checkbox"/> OBESE	25. TEMPERATURE
------------	------------	----------------	----------------	---	-----------------

26. BLOOD PRESSURE (Arm at heart level)				27. PULSE (Arm at heart level)						
A. SITTING	SYS. DIAS.	B. RECUMBENT	SYS. DIAS.	C. STANDING (5 mins.)	SYS. DIAS.	A. SITTING	B. RECUMBENT	C. STANDING (3 mins)	D. AFTER EXERCISE	E. 2 MINS. AFTER

28. DISTANT VISION			29. REFRACTION				30. NEAR VISION			
RIGHT 20'	CORR. TO 20'	BY	S.	CX	CORR. TO	BY	CORR. TO	BY	CORR. TO	BY
LEFT 20'	CORR. TO 20'	BY	S.	CX	CORR. TO	BY	CORR. TO	BY	CORR. TO	BY

31. HETEROPHORIA (Specify distance)									
ESO	EXO	R.H.	L.H.	PRISM DIV.	PRISM CONV. CT	PC	PD		

32. ACCOMMODATION		33. COLOR VISION (Test used and result)				34. DEPTH PERCEPTION (Test used and score)		UNCORRECTED	
RIGHT	LEFT					CORRECTED			

35. FIELD OF VISION		36. NIGHT VISION (Test used and score)				37. RED LENS TEST		38. INTRAOCULAR TENSION	
RIGHT	LEFT					RIGHT		LEFT	

39. HEARING			40. AUDIOMETER								41. PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOMOTOR (Tests used and score)				
RIGHT WV	/15SV	/15		250	500	1000	2000	3000	4000	6000					8000
			256	512	1024	2048	2896	4096	6144	8192					
LEFT WV	/15SV	/15	RIGHT												
			LEFT												

42. NOTES (Continued) AND SIGNIFICANT OR INTERVAL HISTORY

(Use additional sheets if necessary)

43. SUMMARY OF DEFECTS AND DIAGNOSES (List diagnoses with item numbers)

44. RECOMMENDATIONS - FURTHER SPECIALIST EXAMINATIONS INDICATED (Specify)	45A. PHYSICAL PROFILE					
	P	U	L	H	E	S

46. EXAMINEE (Check)	45B. PHYSICAL CATEGORY			
A. <input type="checkbox"/> IS QUALIFIED FOR				
B. <input type="checkbox"/> IS NOT QUALIFIED FOR				

47. IF NOT QUALIFIED, LIST DISQUALIFYING DEFECTS BY ITEM NUMBER	A	B	C	E
---	---	---	---	---

48. TYPED OR PRINTED NAME OF PHYSICIAN	SIGNATURE
49. TYPED OR PRINTED NAME OF PHYSICIAN	SIGNATURE
50. TYPED OR PRINTED NAME OF DENTIST OR PHYSICIAN (Indicate which)	SIGNATURE
51. TYPED OR PRINTED NAME OF REVIEWING OFFICER OR APPROVING AUTHORITY	SIGNATURE

Traducción del formulario SP-88

EXPEDIENTE MÉDICO	INFORME DEL EXAMEN MÉDICO	FECHA DEL EXAMEN
--------------------------	----------------------------------	-------------------------

1. Apellidos – Nombre.
2. Número de identificación.
3. Rango y componente o cargo.
4. Dirección del domicilio (número, calle, ciudad o pueblo, estado y código postal).
5. Persona a contactar en caso de emergencia (nombre y dirección).
6. Fecha de nacimiento.
7. Edad.
8. Género: Masculino ___ Femenino ___.
9. Relación con la persona a contactar en caso de emergencia.
10. Lugar de nacimiento.
11. Raza: Blanca ___ Negra ___ Indígena estadounidense/ autóctono de Alaska ___ Hispano blanco ___ Hispano negro ___ Asiático/oriundo de las islas del Pacífico.
12. (a) Institución.
12. (b) Unidad organizativa.
13. Total de años de servicio en el gobierno: (a) Servicio civil ___ (b) Servicio militar ___
14. Nombre del centro o médico examinador y dirección.
15. Calificación o especialidad del examinador.
16. Propósito del examen.
17. **EVALUACIÓN CLÍNICA**

Normal	(Marque cada elemento en la columna apropiada. Escriba "NE" si no se evaluó.)	Anormal	Normal	(Marque cada elemento en la columna apropiada. Escriba "NE" si no se evaluó.)	Anormal
	A. Cabeza, cara, cuello y cuero cabelludo.			O. Próstata (<i>si tiene más de 40 años o si está clínicamente indicado</i>).	
	B. Oídos – general (<i>conductos internos</i>). (<i>Agudeza auditiva bajo los puntos 39 y 40.</i>)			P. Examen testicular.	
	C. Tímpanos (determinar si hay perforaciones).			Q. Ano y recto (<i>hemorroides, fístulas</i>). (<i>Resultados del hemocultivo.</i>)	
	D. Nariz.			R. Sistema endocrino.	
	E. Senos craneanos.			S. Sistema genitourinario.	
	F. Boca y garganta.			T. Extremidades superiores (<i>fuerza, gama de movimiento</i>).	
	G. Ojos – general. (<i>Agudeza visual y refracción bajo los puntos 28, 29 y 35.</i>)			U. Pies.	
	H. Examen oftalmoscópico.			V. Extremidades inferiores (exceptuados los pies). (<i>Fuerza, gama de movimiento.</i>)	
	I. Pupilas (igualdad y reacción).			X. Identificación de marcas, cicatrices y tatuajes en el cuerpo.	

	J. Movilidad ocular (<i>movimientos paralelos asociados, nistagmo</i>).			Y. Piel, ganglios linfáticos.	
	K. Pulmones y tórax.			Z. Examen neurológico (<i>pruebas de equilibrio bajo el punto 41</i>).	
	L. Corazón (<i>fuerza, tamaño, ritmo, sonidos</i>).			AA. Examen psiquiátrico (<i>especifique cualquier desviación de la personalidad</i>).	
	M. Sistema vascular (<i>várices, etc.</i>)			BB. Mamas.	
	N. Abdomen y vísceras (<i>incluir hernias</i>).			CC. Examen pélvico (<i>sólo para las mujeres</i>).	

NOTAS: (*Describa cada anomalía en detalle. Escriba la letra pertinente del cuadro anterior antes de cada comentario. Continúe en el punto 42 y utilice hojas adicionales de ser necesario.*)

18. Examen odontológico. (*Escriba los símbolos apropiados, según se muestra en los ejemplos que siguen, encima o debajo del número correspondiente de los dientes/molares superiores e inferiores.*)

Dientes restaurables Dientes no restaurables Dientes faltantes Reemplazados con prótesis Prótesis parcial fija

Comentarios y defectos y patologías odontológicas adicionales.

LADO DERECHO

LADO IZQUIERDO

19. Resultados de los exámenes de laboratorio y otros (es preferible que se anexas copias de los resultados).
- A. Análisis de orina: (1) Peso específico. (2) Albúmina en la orina. (3) Azúcar en la orina. (4) Examen microscópico.
 - B. Radiografía de tórax o PPD (*Lugar, fecha, número de la placa y resultado.*)
 - C. Serología para la sífilis (*especifique el examen usado y los resultados.*)
 - D. Electrocardiograma.
 - E. Grupo sanguíneo y factor RH.
 - F. Otros exámenes.

NOMBRE:	Número de identificación:	Número de hojas anexas:
----------------	----------------------------------	------------------------------------

MEDIDAS Y OTROS HALLAZGOS

20. Estatura.
21. Peso.
22. Color del cabello.
23. Color de los ojos.
24. Constitución: Delgada ___ Media ___ Gruesa ___ Obesa ___
25. Temperatura.
26. Presión arterial (*tomada en el brazo a nivel del corazón*).
 - A. Sentado: sistólica _____ diastólica _____
 - B. Acostado: sistólica _____ diastólica _____
 - C. De pie (5 minutos): sistólica _____ diastólica _____
27. Pulso (*tomado en el brazo a nivel del corazón*).
 - A. Sentado.
 - B. Acostado.
 - C. De pie (3 minutos).
 - D. Después de hacer ejercicio.
 - E. 2 minutos después.
28. Visión de lejos: Derecho 20/ _____ Corrección a 20/
Izquierdo 20/ _____ Corrección a 20/
29. Refracción: Derecho: Por S. CX
Izquierdo: Por S. CX
30. Visión de cerca: Derecho: Corrección a _____ por
Izquierdo: Corrección a _____ por
31. Heteroforia (*especifique la distancia*).
ESO EXO E.H. L.H. PRISM DIV. PRISM CONV. CT PC PD
32. Acomodación: Derecho Izquierdo
33. Visión de los colores (*prueba utilizada y resultados*).
34. Percepción de la profundidad (*prueba utilizada y resultados*). Corregida No corregida.
35. Campo visual: Derecho Izquierdo
36. Visión nocturna (*prueba utilizada y puntuación*).
37. Prueba con lente rojo.
38. Presión intraocular: Derecho Izquierdo
39. Audición: Derecho W/V /15SV /15
Izquierdo W/V /15SV /15
40. Audiometría: Derecho Izquierdo
41. Examen psicológico y psicomotor (*pruebas utilizadas y puntuación*).
42. NOTAS (*continuación*) E HISTORIA SIGNIFICATIVA O DE INTERVALO. (*Utilice páginas adicionales de ser necesario.*)
43. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNÓSTICOS (*Enumere los diagnósticos utilizando los números correspondientes a los usados en el formulario para cada elemento.*)

44. RECOMENDACIONES. ESTÁN INDICADOS EXÁMENES ULTERIORES POR ESPECIALISTAS. (*Favor especificar.*)

45. (a) Perfil físico. (b) Categoría física.

46. Marque la opción pertinente. La persona examinada:

A. Está calificada para

B. No está calificada para

47. De no estar calificada, enumere los defectos que la descalifican utilizando el número del elemento correspondiente usado en el formulario.

48. Nombre del médico (impreso o en letra de molde). Firma.

49. Nombre del médico (impreso o en letra de molde). Firma.

50. Nombre del odontólogo o médico (impreso o en letra de molde). Firma.

51. Nombre del funcionario revisor o de la autoridad que otorga la aprobación (impreso o en letra de molde). Firma.

GAMAS DESEABLES DE PESOS							
HOMBRES				MUJERES			
Estatura	Pequeño	Mediano	Grande	Estatura	Pequeña	Mediana	Grande
Nota: Después siguen recuadros con las medidas y pesos dados en pies y pulgadas y libras, respectivamente.							

4. La constitución de la persona examinada es:
pequeña ___ mediana ___ grande ___.
5. Tomando en consideración el cuadro pertinente al peso, la constitución de la persona examinada y demás características físicas, considero que su peso actual es:
Satisfactorio ___ Excesivo ___ Deficiente ___
6. Bajo una supervisión médica apropiada, el empleado debiera:
___ Perder _____ libras.
___ Aumentar _____ libras.

Comentarios:

Firma del médico examinador

Fecha

DESIRABLE WEIGHT RANGES

MALES				FEMALES			
Height	Small Frame	Medium Frame	Large Frame	Height	Small Frame	Medium Frame	Large Frame
5'4"	117 - 138	123 - 149	131 - 163	5'0"	96 - 114	101 - 124	109 - 138
5'5"	120 - 142	126 - 153	134 - 167	5'1"	99 - 118	104 - 128	112 - 141
5'6"	124 - 146	130 - 157	138 - 173	5'2"	102 - 121	107 - 131	115 - 144
5'7"	128 - 151	134 - 163	143 - 178	5'3"	105 - 124	110 - 135	118 - 149
5'8"	132 - 155	138 - 167	147 - 183	5'4"	108 - 128	113 - 139	121 - 152
5'9"	136 - 161	142 - 172	151 - 187	5'5"	111 - 132	117 - 144	125 - 156
5'10"	140 - 165	146 - 177	155 - 193	5'6"	114 - 135	120 - 149	129 - 161
5'11"	144 - 169	150 - 183	160 - 198	5'7"	118 - 140	124 - 153	133 - 165
6'	148 - 174	154 - 188	164 - 204	5'8"	122 - 144	128 - 157	137 - 169
6'1"	152 - 179	158 - 194	169 - 209	5'9"	126 - 149	132 - 162	141 - 174
6'2"	156 - 184	163 - 199	174 - 215	5'10"	130 - 154	136 - 166	145 - 179
6'3"	160 - 188	168 - 205	178 - 220	5'11"	134 - 158	140 - 171	149 - 185
6'4"	169 - 198	178 - 216	188 - 231	6'0"	138 - 163	144 - 175	153 - 190
6'5"	174 - 204	182 - 222	192 - 238				

4. Examinee's frame is small medium large
5. Considering the above weight table, the examinee's frame, and other individual physical characteristics, I consider his/her present weight Satisfactory Excessive Deficient
6. Under proper medical supervision, employee should lose _____ pounds
 gain _____ pounds

Remarks: _____

Signature of Medical Examiner

Date